

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

927

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

WINER Robert

Né le 30 Septembre 1928

à PARIS (12°)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONSIDÉRATIONS SUR L'ALCOOLISME CHRONIQUE

TÉMOIN D'UNE CRISE D'INADAPTATION AU TRAVAIL

Président de Thèse : PROFESSEUR DESOILLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.) BULLIARD (H.) CADENAT (F.) CARNOT (P.), CHÉBROL (Et.)
CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.) DONZELOT (E.), GASTINEL (P.),
GUILLAIN (G.) HALPHEN (E.), HARVIER (P.) LAROCHE (G.) LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.),
LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.) RICHET (Ch.) SANNIE (Ch.),
SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.)

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. PROFESSEURS



MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education et aux sports...	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
	(Beaujon.....) SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	(Cochin.....) QUENU (J.)
	(Hôtel-Dieu.....) MENEGAUX (G.)
	(Salpêtrière.....) MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
	(Bichat.....) JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	(Broussais.....) DE GENNES (L.)
	(Cochin.....) MOREAU (R.)
	(Hôtel-Dieu.....) BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeuti- que	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique Médico-sociale du diabète sucré et des maladies de nutrition	BOULIN (R.)

Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique obstétricale	(Baudeloque.....) (LACOMME (M.)
	(Port-Royal))VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	BERNARD (E.)
Clinique de psychiatrie infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie.....	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.)
	(Chaire à titre personnel)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale.....	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

	(DELMAS (A.) Pr s ch
Anatomie	)CABROL (C.)
	(DEBEYRE (J.)
	)OLIVIER (G.)
	(GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)
Anatomie pathologique	)BUSSET (F.)
	(GOUYGOU (Ch.)

Bactériologie	(NEVOT (A.) Pr s ch)CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(ETTORI (J.) Pr s ch)DESGREZ (P.) (POLONOVSKI (J.))SCHAPIRA (R.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H.)
Histologie	(GOUJARD (R.))N. (N.
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.) Pr s ch)DEPARIS (M.) Pr s ch
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) Pr s ch)GAULTIER (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITE (F.) (GRASSET (J.))LE LORIER (G.) (LEPAGE (F.))MERGER (R.) (MORIN (P.))RAVINA (J.) (ROBEY (M.)
Obstétrique	(BREGGAT (P.))DESVIGNES(P.)
Ophtalmologie	JUDET (R.) (AUBRY (M.))MADURO (R.)
Orthopédie	(ABOULKER (P.))BARCAT (J.) (BAUMANN (J.))CAUCHOIS (J.)
Oto-rhino-laryngologie	(BRUMPT (L.C.))CHABAUD (A.) (DUBOST (C.) (FAUREL (J.) (FLABIAU (F.) (GERMAIN (A.) (GOSSET (J.) (LAURENCE (G.))LORTAT-JACOB (J.))MATHEY (J.))OLIVIER (Cl.))POILLEUX (F.))THOMERET (G.))VERNE (J.M.)
Pathologie chirurgicale	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	

Pathologie expérimentale	(LOEPEL (J.))MAURICE (P.) (BOUDIN (G.) (BOUVIER (J.B.) (BRICAIRE (H.) (BRISAUD (H.) (CASTAIGNE (P.) (CONTE (M.) (DEROT (M.) (DOMART (A.) (LALOTTE (M.))LAROCHE (C.P.))MACREZ (Cl.))MILLIEZ (P.))PEQUIGNOT (H.))PERRAULT (M.))RAMBERT (P.))ROYER (P.))THIEFFRY (St.))TURIAF (J.))WOLFROMM (R.))N.
Pathologie médicale	
Pédiatrie	(JOSEPH (R.))MOZZICONACCI (P.) (POLONOVKY (Cl)
Pharmacologie	(CHEYMOL (J.) Pr s ch)LEVY (Melle) Pr s ch (BARJETON (D.) Pr s ch
Physiologie	)PARROT (J.) Pr s ch (DEJOURS (P.) (DJOURNO (A.) Pr s ch
Physique médicale	)GOUGEROT (L.)
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.))CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.

à titre permanent

	MM.
	(AMALINE (A.)
	)HUGUIER (J.)
Clinique chirurgicale	(LEGER (L.)
	)PADOVANI (P.)
	(ROUX (M.)
	(DREYFUS (Gilbert)
Clinique médicale	)HAGUENAU (J.
	(KOURILSKY (R.)
	)MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

-:-:-

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Melle CHAINTEUIL (G.)

-:-:-

Conservateur, charge de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle GOICHON (A.)
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
	) LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

-:-:-:-

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

WINER Robert

Né le 30 Septembre 1928

à PARIS (12^e)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONSIDÉRATIONS SUR L'ALCOOLISME CHRONIQUE

TÉMOIN D'UNE CRISE D'INADAPTATION AU TRAVAIL

Président de Thèse : PROFESSEUR DESOILLE

A Monsieur le Professeur H. DESOILLE

qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre Thèse

A Monsieur le Docteur A. SIVADON

Dont les conseils éclairés nous ont paternellement guidés tout au long de ce travail qu'il trouve ici l'expression de notre affectueuse reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur J. de VERBIZIER

Dont l'aide constante et précieuse a considérablement facilité notre tâche, nous lui exprimons nos plus vifs remerciements et l'assurons de notre amitié.

A la Direction de l'ASSOCIATION PARITAIRE D'ACTION SOCIALE & SANITAIRE

à l'amabilité de laquelle nous devons d'avoir pu élargir notre champ d'investigation

Et A tout son Personnel Médical et Administratif

nos sincères remerciements.

A mes Maîtres

A mon Père

A ma Mère

dont les incessants sacrifices
et l'abnégation nous ont permis
la poursuite de nos études

Qu'ils soient assurés de notre
tendresse et de notre dévouement

A tous les Miens

A Mes Amis

"Il vaut mieux prévenir que guérir" (l'Opinion Publique)

"Il n'y a pas de sujets adaptés ou de sujets inadaptés, mais par rapport à un poste de travail, une adaptation plus ou moins bonne ou plus ou moins mauvaise"

(Docteur A. SIVADON - A.P.A.S.)

"... Il résulte que l'Etat en définitive est le principal responsable du développement de l'alcoolisme en France et que le citoyen Français en est la principale victime"

(Pr. L. DEROBERT - Décembre 1953
Pr. Agrégé de la Faculté de
Médecine de Paris)

"Alerte à la santé mentale !" (Les Journaux)

"L'alcoolisme constitue l'un des pires fléaux sociaux qui minent notre race"

(L'Académie des Sciences Morales
et Politiques)

Introduction

Il n'est pas de notre intention de traiter ici dans son ensemble les deux problèmes en apparence différents du défaut d'adaptation d'un travailleur vis à vis de son travail, ni de ce trop vaste problème qu'est l'acoolisme en France. Nous nous bornerons à exposer d'une façon succinte les réflexions que nous ont suggéré l'étude de quelques observations.

Dans une première partie, nous verrons l'importance qu'il faut accorder à l'inadapté; comment, succédant à un "choix" non judicieux du métier, (les psychiatres connaissent bien la "névrose du choix", résultat d'un conflit du choix entre différentes positions et différentes solutions) soit à la suite d'une maladie, parfois d'un accident, l'ouvrier peut être amené à reconsidérer sa situation sociale, et se sentir d'abord déraciné, un ouvrier ne s'acclimatant plus à son milieu habituel et devenir très rapidement un insatisfait. Cet état d'esprit, s'il se prolonge ou s'il n'y est pas porté remède aboutit finalement à l'apparition d'un déséquilibre psychique générateur de troubles mentaux réels; ceux-ci peuvent être isolés et ne se manifester que par une aptitude moindre au travail (désintérêt, dégoût, nostalgie) mais aussi être accompagnée de troubles organiques objectifs.

A ce propos, nous envisagerons l'attitude que doit observer le Médecin du Travail; son rôle étant de "prévenir"

- comment dépister ces désadaptations,
- comment intervenir,
- quels remèdes y apporter.

Sous cet angle particulier, nous noterons comment la double incidence : mauvaise adaptation au travail d'une part,

mauvaises habitudes, entraînement, préjugés, conditions sociales particulières d'autre part, font que le désadapté cherche un refuge dans l'alcool; celui-ci jouant le rôle d'un "anesthésique" du système nerveux.

"Nous arrivons donc à considérer l'alcoolisme comme une conséquence des réactions qui se produisent entre l'individu isolé et le monde qui l'entoure. C'est une manière de résoudre le problème ardu de l'homme sans cesse en conflit avec un monde toujours hostile, quoi qu'il fasse et sans qu'il sache exactement pourquoi"

(FELLION)

A cette occasion, nous analyserons les facteurs intervenant à l'origine du défaut d'adaptation et les conditions générales, économiques, politiques, médico-sociales, qui font de l'alcool le "remède" de choix, facile de cette véritable crise.

"L'alcoolisme, c'est donc un refuge, un remède contre cette sensation plus ou moins consciente d'infériorité, de culpabilité qui, chez les individus mal intégrés à la société, est à l'origine de l'anxiété. Si bien qu'il peut être considéré comme une des modalités d'un syndrome d'adaptation, ou plutôt d'inadaptation, tout comme le refuge dans la maladie ou même le néant (suicide). Il peut aussi représenter une transition, un moyen de passage vers l'une ou l'autre de ces deux solutions, l'intoxiqué buvant inconsciemment pour se rendre malade ou même pour se tuer".

(FELLION)

En l'absence d'intervention urgente c'est l'alcoolisme chronique qui est l'inévitable aboutissement. Cet aspect du problème, où les limites du somatique se confondent avec le psychique n'a été sérieusement pris en considération que depuis peu de temps.

"Cela explique sans doute les échecs de toutes les thérapeutiques anti-alcooliques entreprises jusqu'à ces derniers temps : elles étaient nécessairement toujours incomplètes."

(FELLION)

Si le dépistage se fait de bonne heure, si les troubles constatés n'ont pas encore atteint ou dépassé le stade de l'irréversibilité, le médecin peut avoir recours à la psycho-

thérapie; celle-ci bien conduite, sera menée de front avec le service social, bien souvent avec le directeur ou les cadres de l'entreprise et avec la famille de l'intéressé; celui-ci ne sera surtout pas considéré en dehors de son cadre domestique.

Cette thérapeutique exige une participation active du travailleur; sa bonne volonté est toujours un garant de réussite. Cependant, on peut être amené à devoir l'isoler de son milieu social à adjoindre parallèlement à la psychothérapie une thérapeutique médicamenteuse, actuellement très à la mode.

"Mais, ces moyens, apomorphine ou T.E.T.D.* agissent avant tout par psychothérapie. La psychothérapie domine de loin le problème de l'alcoolisme, et nous nous demandons avec DUCHENE dans quelles mesures la cure de l'apomorphine doit être qualifiée de biologique. La création d'un réflexe conditionné n'est qu'une psychothérapie; on crée ainsi une manière de penser, une habitude..."

(FELLION)

Ces conditions exigent un travail d'équipe dont la nécessité est évidente : Médecin du Travail, Assistante Sociale, Psychothérapeute averti, Spécialistes de différents domaines, Médecins des services hospitaliers.

Ce n'est qu'au prix de la réalisation de cette vaste harmonie médico-sociale que les efforts déployés par chacun peuvent avoir quelque efficacité, efficacité dont le premier bénéficiaire sera le travailleur.

°
° °

* T.E.T.D. Tetraethylthiurame disulfide.

L'Inadapte

Bien que "tard venue" comme le reconnaît le Professeur Victor RAYMOND, la Médecine du Travail est actuellement admise unanimement. Son intérêt, son rôle, ses bienfaits ne sont plus à discuter. A la médecine curative qui ne perd en rien de son importance s'est adjointe sous ses multiples formes la médecine préventive. Celle-ci se révèle d'autant plus efficace que la pathologie courante s'est dans les cinquante dernières années considérablement remaniée.

Les conditions difficiles de la vie créées par les exigences de l'existence moderne n'en sont pas la moindre cause. L'apparition de troubles divers, tendant à l'usure précoce de l'organisme est considérablement accélérée par "l'inadaptation" totale ou partielle, de l'individu aux lois de l'époque présente.

"L'homme en effet n'est pas isolé dans la nature. Il est intégralement lié à son milieu physique, moral et social. Cette ambiance prise dans son sens le plus large, cet environnement cet enveloppement pèsent fortement sur lui."

(V. RAYMOND)

Il suffit que l'équilibre fragile existant entre le sujet et son ambiance soit rompu pour que naissent des inadaptations nombreuses, génératrices de diverses maladies, où à côté de l'artériosclérose, de l'angine de poitrine, de l'infarctus du myocarde, les troubles mentaux tiennent une grande place.

La Médecine du travail, médecine préventive, s'orient vers le dépistage précoce afin de favoriser la lutte contre ces manifestations. On a déjà beaucoup parlé sur les difficiles conditions de travail de l'homme moderne, le Docteur RAYMOND insiste sur les effets parfois catastrophiques du "couple homme-machine" et dont la réalisation maxima se trouve dans le "travail à la chaîne". Demander à l'homme de jouer le rôle d'un robot, l'expose fatalement à réagir. Ce sont ces réactions plus ou moins vives, "organiques, humorales ou psychiques" qui selon les individus en feront des malades, des anxieux, des instables, névrosés et psychopathes de tous ordres. Nous insisterons surtout sur ces dernières réactions très fréquentes.

"Le robot est par définition insensible et on ne lui demande que le minimum d'intelligence nécessaire pour accomplir les gestes que l'on attend de lui. Mais si certains ouvriers s'adaptent complètement à un travail purement mécanique, d'autres ne s'y adaptent pas...

... Le travail ne les intéresse pas et leur esprit s'évade vers d'autres sujets.

Il en résulte des insatisfaits, conscients ou inconscients. Leur nombre est considérable.

Si l'adaptation est insuffisante, les réactions sont malencontreuses. Ces réactions variant avec chaque individu, des perturbations psychiques peuvent se manifester sous l'influence de telle cause morale, mentale ou sociale. Chaque ouvrier pose son problème; chaque ouvrier est un homme et il n'y a pas deux hommes également comparables."

Le rôle du Médecin du Travail est ici indéniable. Sa position lui permet d'étudier le comportement de l'ouvrier dans son travail. Il doit dépister les désadaptations : besogne difficile car souvent ignorées de l'ouvrier. Le Médecin doit donc travailler en corrélation étroites avec la direction de l'entreprise, les cadres, le personnel, le service social. Il lui faut parfaitement connaître les conditions de travail de l'ouvrier pour retrouver les mesures nécessaires pour faire cesser ces désadaptations et éventuellement orienter l'ouvrier vers un reclassement. Ce sont là des problèmes qui se posent fréquemment à tout Médecin du Travail. Trente fois par jour celui-ci est amené à prendre une décision :

- Aptitude ? parfois relative, l'aptitude étant prononcée "sous réserve".
- Inaptitude ? et dans ce cas, définitive ou temporaire ?

On comprend que sa décision puisse à la fois être dictée par l'intérêt de tous et rester dans le cadre de mesures humaines. En fait, il ne prend pas toujours la meilleure solution théorique mais "la moins mauvaise", celle qui, pratique, respecte aussi le facteur humain. Dans ces conditions, le Médecin du Travail joue un rôle extrêmement important.

En adaptant l'ouvrier à son travail, il permet :

- une diminution des accidents du travail et des maladies professionnelles
- une atténuation de l'usure de l'organisme
- une diminution de la fatigue physique et la désadaptation psychique.

Le tout se manifestant par une augmentation du rendement."

Ces désadaptations ont fait l'objet de multiples observations. Nombreux sont les médecins qui se sont intéressés aux problèmes médico-sociaux posés par certains ouvriers. Les connaissances exigées du Médecin du Travail sont d'abord celles de tout omnipraticien, mais en plus, il lui faut bien connaître les conditions de travail particulières à chaque ouvrier; il doit s'attacher et s'intéresser aux problèmes posés à chacun d'eux : problèmes d'ordre économiques, familiaux ou sociaux.

Le Docteur A. SIVADON a donné cette définition de l'"inadapté" dont on constate chaque jour le nombre croissant :

"C'est le travailleur qu'il est absolument impossible pour une raison médicale de laisser à son poste de travail, qui est menacé de revêtir cette forme d'inadaptation sociale de l'individu incapable de subvenir à ses besoins et qui est pour le Chef d'Entreprise un élément salarié incapable de fournir un rendement valable en raison d'une infirmité ou d'une maladie"

Mais nombreux sont les sujets qui, imparfaitement adaptés à leur travail ou à leurs conditions de vie, s'y maintiennent "sans trop grand préjudice pour eux-mêmes et pour les autres." Ce défaut d'adaptation n'est pas toujours évident aux yeux de l'ouvrier parfois il n'apparaît pas d'emblée au médecin. Sans manifester une thérapeutique rapide, ce défaut d'adaptation

"n'en existe pas moins et comporte un pronostic qu'il est nécessaire d'établir si l'on veut avoir à son égard une action préventive."

(A. SIVADON)

Chaque problème pose un cas d'espèce; il n'y a pas de règle absolue. Avec le Docteur A. SIVADON nous nous accordons à reconnaître qu'il ne faut point donner "à ce terme d'inadapté un sens trop absolu et ne pas créer une catégorie spéciale de travailleurs inadaptés. La solution paresseuse des emplois réservés ne peut être valable que pour des sujets âgés ou inéducables."

Chaque travailleur s'adaptant plus ou moins facilement à tel ou tel poste de travail, il serait erroné de penser que le Médecin du Travail ayant dépisté une grave inadaptation à un poste donné, son rôle se borne à signaler cette situation par l'établissement d'une fiche d'inaptitude. Une telle attitude peut avoir de graves répercussions parfois dramatiques sur l'existence future d'un ouvrier qui doit assurer les charges, lourdes aujourd'hui d'un foyer.

Aussi, "il nous est apparu que la recherche du reclassement professionnel était le complément indispensable de la Médecine du Travail"

(A. SIVADON)

Mais ce reclassement offre de grosses difficultés. Celles-ci d'ailleurs "ne sont pas le plus souvent d'ordre médical ou technique mais d'ordre psychologique."

L'Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics (A.P.A.S.) (1) s'est attachée tout particulièrement à résoudre ces différents problèmes. Par l'action conjuguée de son personnel médical spécialisé et grâce au dévouement de son service social, des résultats appréciables ont été obtenus dans ce domaine.

"Il apparaît en effet, que très souvent l'atteinte organique du sujet n'est pas le principal obstacle à son reclassement mais son comportement à l'égard du reclassement. Cet ouvrier qui demande souvent avec insistance son reclassement se comporte comme s'il voulait l'éviter. En réalité, il sent confusément ses difficultés d'adaptation et la peur de se plonger dans un nouveau milieu ou de se plier à de nouvelles conditions de travail, fréquemment moins rémunéré au début, le paralyse.

Les séquelles de maladie ou d'accident qui ont commandé le reclassement ne se traduisent pas seulement par des lésions ou des troubles organiques objectifs, mais quelquefois seulement par une insuffisante facilité d'adaptation aux conditions ambiantes."

(A. SIVADON)

Le Médecin ne perdra pas de vue le côté psychologique du problème et souvent une psychothérapie bien conduite permettra d'étudier de près les raisons profondes de l'inadaptation et le cas échéant d'y remédier. L'Assistante Sociale intervient d'ailleurs activement dans la recherche d'une solution. L'ouvrier ne peut être vu "isolé de son milieu, il est indispensable de le considérer dans tout son contexte social et économique." La solution de ces problèmes

(1) - L'Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne est un organisme inter-entreprises créé à la Libération, pour le maintien des oeuvres et de services sociaux et médicaux de l'ex-Caisse de Compensation du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne. Elle a, en outre, la charge de la Médecine du Travail, pour les entreprises adhérentes, suivant les dispositions de la loi du 10.10.46 et du décret du 27.II.52, annulant et remplaçant le décret du 26.II.46.

demande un certain "esprit de finesse". L'inadapté n'est pas le plus souvent une simple équation qu'il suffit de résoudre selon des règles algébriques. Il n'est pas seulement un dossier médical où sont accolés aptitudes et inaptitudes, capacités biologiques, physiques ou psychiques. Il ne s'agit pas de faire un bilan des aptitudes du sujet pour le comparer aux exigences du poste de travail; il est essentiel de faire une étude dynamique du processus de l'inadaptation. C'est à dire qu'il ne suffit pas de déterminer les éléments étiologiques mais de rechercher la façon dont ils sont intervenus dans le processus.

Cette étude pathogénique aussi bien que psychologique et sociale que médicale permettra seule d'arriver à une solution valable et durable; elle seule permettra de connaître non seulement quelles sont les aptitudes du sujet, mais ce qui est plus important quelles sont ses facultés d'adaptation."

(A. SIVADON)

Ce défaut d'adaptation s'il n'est pas perçu et traité à temps - car il s'agit d'un véritable syndrome pathologique - peut avoir de graves conséquences. L'ouvrier, conscient ou non, de sa déficience va chercher un refuge; l'alcool pourra jouer alors ce rôle d'anesthésique à un conflit intérieur.

°
° °

La Place de l'Alcool

Nous ne voulons pas ici aborder dans une étude détaillée les causes, effets et remèdes de l'alcoolisme. Celui-ci sévit avec une intensité et des formes différentes dans toutes les parties du monde. Mais la France, c'est un lieu commun que de le constater, occupe en matière d'alcoolisme une place privilégiée. La place occupée dans nos Hôpitaux civils et psychiatriques par les alcooliques va croissant.

"Ce que la Santé Publique a gagné grâce aux progrès de la thérapeutique moderne est actuellement gaspillé par les ravages de l'alcoolisme. "

(L. DEROBERT)

Des chiffres ont été dernièrement communiqués à la presse par le Ministre de la Santé Publique et de la Population. Nous leur laissons toute leur éloquence.

"l'adulte français consomme en moyenne 28 Litres d'alcool / an

" L'Italien	" /	"	14	"	"	"
" L'Anglais	"	"	9	"	"	"
" Le Suedois	"	"	5	"	"	"
" Le Danois	"	"	4	"	1/2	"

" La concomitance de l'hérédité alcoolique et de tare physique ou psychique observée chez les enfants anormaux, est prouvée dans 50 % des cas et peut-être admise dans 75 % des autres. Un quart de divorces ou séparations de corps peut être attribué à l'alcoolisme.

.... 73 % des infractions sexuelles sont liés à l'alcoolisme. Hérédité alcoolique chez 53 % des jeunes délinquants.

L'éthylisme chronique intervient dans 48 % (sur 900 accidents du travail à CAEN - Pr. MORICE - 30 Juin 1953)

" L'Etat dépense 215 milliards par an du fait de l'alcoolisme (hôpitaux, Assistance, Sécurité Sociale, Justice). La production et la consommation de boissons alcoolisées représentent annuellement 750 milliards."

(LA PRESSE)

Nous n'insisterons pas sur :

- Les causes économiques à l'origine de l'intoxication alcoolique aboutissant à la "faillite de nos finances". Un débit pour 67 habitants

(L. DEROBERT)

- Ni sur les causes d'ordre législatif : A ce propos, il est intéressant de noter que le Pr. DEROBERT divise le demi-siècle qui vient de s'écouler en cinq périodes, en remarquant qu'"au cours des législatures pre-alcooliques, l'alcoolisme est en recrudescence et qu'il diminue au cours des législatures anti-alcooliques."
- Les causes médico-sociales : Nous paraissent toucher de plus près le problème qui nous préoccupe.

Sur le plan individuel, l'homme éprouve la nécessité de satisfaire certains besoins ou désirs involontaires. L'alcool, le vin pourront créer sinon le paradis artificiel, tout au moins l'état sthénique, physique ou psychique qui lui manque, l'euphorie à laquelle il aspire et surtout cette évasion dans le rêve, évasion parfois mais nécessaire. Sur le plan collectif nous sommes tout d'abord victimes de nos mauvaises habitudes. Dans notre pays, tout est occasion de boire : une naissance, un anniversaire, un mariage, une rencontre; tout se célèbre un verre à la main. Il est de constatation malheureusement banale de voir nombre d'ouvriers, employés commerçants, artisans aller chez "le bistrot le matin de bonne heure pour y prendre un café arrosé, un petit verre ou un coup de blanc pour se mettre en train."

La plupart des Français ignorent encore les dangers réels de l'alcool. " Ils considèrent trop volontiers que les méfaits en ont été exagérés par des médecins ou des doctrinaires et s'abritent derrière de multiples préjugés dont l'action est particulièrement néfaste." C'est une opinion largement répandue que "pouvoir boire beaucoup est un signe de virilité"; que "boire du vin n'est pas boire de l'alcool", (terme réservé aux apéritifs, aux digestifs et souvent au vin blanc). Le pochard le plus invétéré s'il ne boit que du vin rouge vous dira sérieusement qu'il ne boit jamais d'alcool, jamais de vin blanc. On croit volontiers "qu'un homme qui travaille a besoin de boire pour avoir des forces." Pourtant l'absence de la valeur alimentaire du vin n'a plus à être démontrée.

..." il ressort des travaux les plus récents (1) que le rôle joué par l'alcool, et particulièrement par le vin dans l'alimentation est très modeste, ne serait-ce que parce qu'il devient dangereux au-dessus de certaines limites d'ailleurs vite atteintes et trop souvent dépassées. Il ne mérite donc pas d'être recommandé pour ses propriétés alimentaires.

La valeur alimentaire du vin constitue un des préjugés les plus tenaces qu'une active propagande menée par tous ceux qui ont intérêt à en intensifier la consommation, utilisent en ne reculant devant aucun procédés de publicité les plus onéreux et les plus inattendus.

Boire abondamment devient rapidement une habitude. Et si une source de joie est souvent prétexte à "trinquen", d'autres causes morales interviennent fréquemment : le chagrin, le désespoir, l'avilissement des mœurs, l'insuffisance de loisirs populaires de bon aloi et la crise du logement qui laisse sans logis une partie importante de la population en frappant tout particulièrement les classes les moins fortunées".

(DEROBERT)

Le café est alors "son cercle, son salon et son lieu principal de distraction mais aussi celui de son alcoolisation."

°
° °

(1) - LAROCHE & TREMOLIERES ont fourni des éléments d'information de base à ce sujet - Travaux de RAYMOND.

III

"Le taux des malades mentaux hospitalisés pour cent mille habitants est passé de 31 en 1835 à 300 aujourd'hui."

(Docteur Paul SIVADON, Médecin-Chef des
Hôpitaux Psychiatrique de la Seine,
Secrétaire Générale de la Ligue
Nationale d'Hygiène Mentale -
Déclaration aux journalistes)

"La Médecine de Réadaptation est l'ensemble des mesures destinées à amener le sujet à son potentiel de rendement physique, mental et social."

(RUSK)

"L'alcool n'est ni énergétique, ni thermogène."

(Docteur V. RAYMOND)

"L'alcool n'a jamais noyé le chagrin; il lui apprend seulement à nager ."

- à propos

d'une observation -

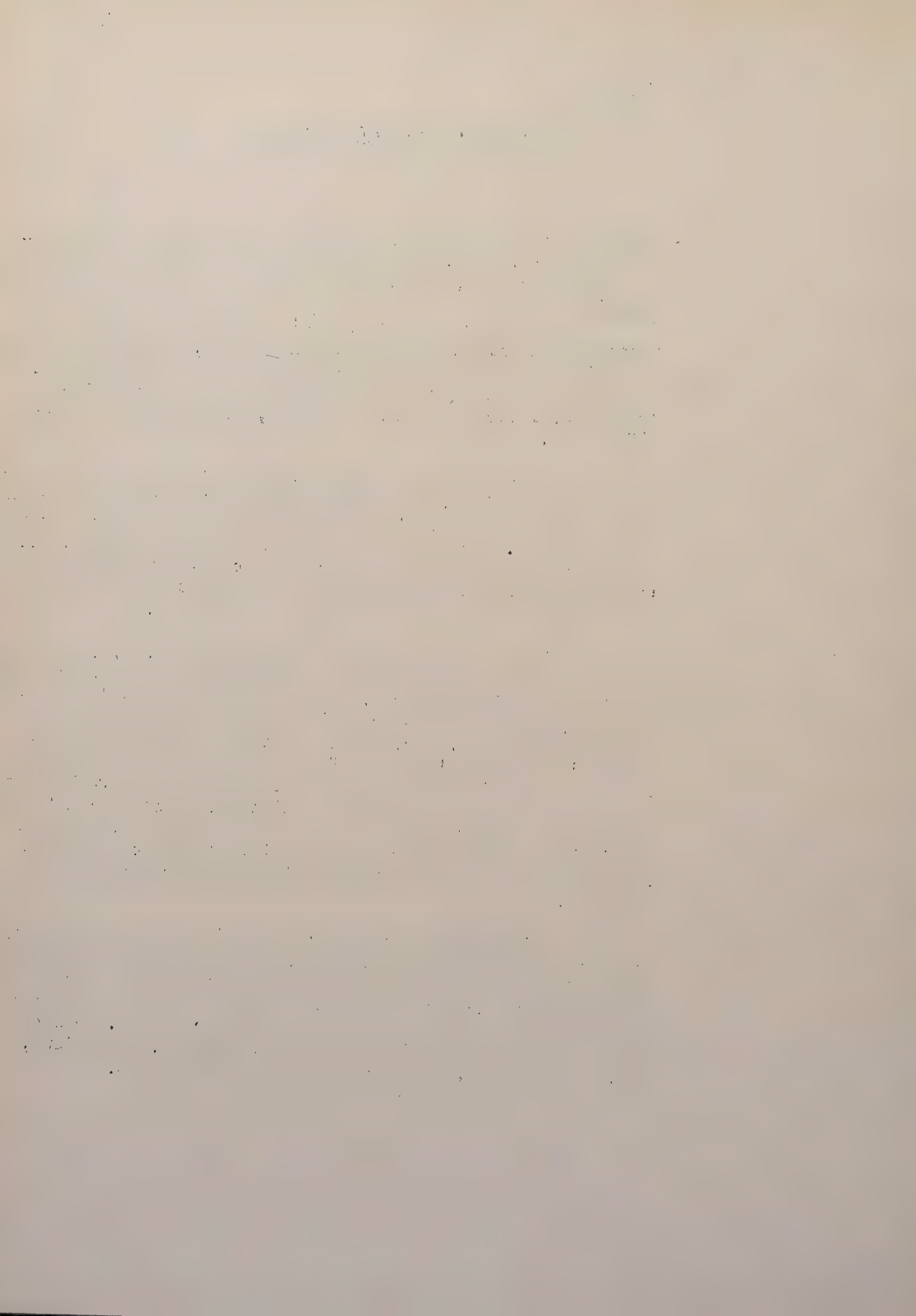
- JUIN 1953 : Monsieur D..., 30 ans, est adressé à la consultation de l'A.P.A.S. par son médecin du travail pour une cure de désintoxication. Son dossier porte le libellé d'éthylisme chronique.

Plâtrier, il est fils d'un petit entrepreneur de maçonnerie d'origine normande. Fils unique, marié depuis 1947, ce mariage a été l'occasion d'un conflit avec ses parents. Il passe outre à leur opposition. Sa femme est son aînée de trois ans. Issue d'un milieu modeste, elle est de religion différente.

La cohabitation parents-jeunes époux provoque de fréquentes discussions. A ce moment débute l'intoxication éthylique (cidre et vin). C'est le calme qu'il essaie de rechercher dans la fuite. Accompagné de sa femme et de son enfant, D... quitte sa Normandie natale pour Paris où il vit depuis 1951. Il se résigne ainsi à ne pas accéder à la direction de l'entreprise paternelle à laquelle pourtant il était promis.

Mais loin de retrouver son équilibre, D... accentue son alcoolisation à Paris. Il se considère déclassé, compagnon et non plus fils de patron. Il vit dans le regret de sa situation perdue. Très attachée à sa mère, il souffre de la rupture familiale. Dans ces conditions l'alcoolisation ne fait qu'augmenter d'ampleur. "Alcoolisation solitaire avec intolérance rapide marquée de réactions dépressives, élastiques se manifestant plus nettement en milieu familial qu'au travail. Troubles du comportement sexuel : hyperexcitation, rapports difficiles et insatisfaction." De pair, s'extériorisent des idées de jalousie avec manifestations d'autoritarisme et de violence.

L'anamnèse retrouve, comme éléments de fragilisation possible du système nerveux des troubles allergiques importants à type de manifestations cutanées et de migraines, aggravées en 1945 par un ictère prolongé. L'examen somatique à ce moment montre un état général relativement bien conservé. Le faciès est légèrement congestif, la langue saburrale. Anorexique, il est dysomnique, sujet parfois à des cauchemars.



- Le foie est normal, non douloureux.
- La percussion des réflexes est normale.
- On dénote un certain infantilisme sexuel avec petitesse de la verge. Les caractères sexuels secondaires sont normalement développés.

D.... accepte la cure de désintoxication proposée : Curethyl B, strychnine, extraits hépatiques. Bien vite, sous l'influence de ce traitement, les troubles régressent.

- SEPTEMBRE 1953

D... suit bien son traitement. Mais la reviviscence des troubles d'ordre familial le pousse à boire à nouveau. La désapprobation toujours vivace des parents de D... est à l'origine de cette rechute. Le désaccord repose sur un différend religieux. L'examen clinique ne montre pas de signes objectifs nouveaux. D... manifeste une certaine crainte à l'égard des "piqûres". Il accepte néanmoins de reprendre un traitement.

Nous avons l'occasion de le revoir en Octobre. Sa tension artérielle est à 10/9. Son état somatique est relativement satisfaisant.

- FEVRIER 1954

Madame D... qui avait déjà attiré l'attention du Médecin du Travail sur l'intempérance de son mari, reste en contact constant avec l'Assistante Sociale du Dispensaire. Elle signale en particulier une légère rechute d'oenilisme mais qui reste de courte durée. Le temps aidant, le conflit familial a perdu de son acuité sans cependant être totalement dissipé. Madame D... revient d'ailleurs en avril et nous confie :

- "L'état de mon mari s'est aggravé depuis un an. Il est d'ailleurs absent. Il serait heureux si la guerre arrivait, s'il lui arrivait un accident, une maladie. Il prétend qu'il est fatigué, qu'il souffre des reins. Il se plaint souvent d'étouffements."

Taciturne, D... s'isole, médite, éprouve des regrets, une nostalgie de ce qu'il aurait pu être. ... "C'est toujours aussi présent (il s'agit de la tension familiale). Il devait conduire les autres. Au lieu de cela, il est commandé !"



Cette autorité que D... ne peut exercer s'extériorise par de fréquents accès de jalousie à l'égard de sa femme. Fait notable, chacune de ses rechutes coïncide avec la date d'une fête; (Pâques par exemple, date à laquelle il doit revoir sa famille en Normandie).

- "Mon mari s'est couché avant les fêtes de Pâques; pourtant il aurait aimé aller chez lui."

Sur le plan professionnel, il est un très bon compagnon apprécié de ses chefs. Mais fils de patron, il lui est pénible de reconnaître son état d'ouvrier. Un cousin germain avec qui il a été élevé a mieux réussi que lui et ce succès le désigne comme le futur successeur de D... père. Venant fréquemment à Paris, ce cousin dont la prospérité est croissante de jour en jour, est pour D..., le vivant symbole de son échec. Conscient de qu'il aurait voulu être et de la situation qu'il aurait pu atteindre, D... s'habitue mal aux conditions de travail. Et il se plaint : "Le travail est dur, ce milieu ne me convient pas."

D... n'a jamais pu se décider à venir à la consultation en salopette. Méticuleux, son goût de l'ordre, les soins qu'il apporte à sa tenue, à son aspect extérieur, traduisent un certain degré de narcissisme. Bien que reconnaissant l'urgence d'un changement de profession, il refuse au dernier moment les divers reclassements proposés : un nouvel apprentissage diminuerait provisoirement, mais d'une façon sensible son salaire. Sans changer de profession, il a, à deux reprises déjà, essayé de changer de chantier de travail. Chaque fois, ce fut un échec. En Avril 1954, son travail qui se fait en élévation et au soleil est encore plus dur. A ce moment, la boisson devient un "besoin".

Nouvel essai de mutation de poste au retour des vacances. Engagé dans un garage, il constate avec amertume que le travail demandé est aussi pénible. Ses camarades de labeur, loin de l'inciter à la tempérance, sont au contraire de grands buveurs. L'oénisme ne connaît alors plus de frein.

- "Tant que je serai dans le Bâtiment, ce sera ainsi!"

Parallèlement à l'intoxication croissante, l'état général du malade fléchit. On tente cependant une valorisation de D... mais les événements se précipitent.

OCTOBRE 1954

Madame D... vient annoncer son désir de quitter son mari et de divorcer. D... s'adonne maintenant d'une façon continue à l'alcool (cidre et vin); il se révèle violent sous l'emprise du vin.

On pratique un examen psychotechnique avant l'hospitalisation du sujet, hospitalisation qui s'avère indispensable. Bien que très imprégné au moment où D... passe cet examen, celui-ci est intéressant à considérer. Il révèle :

"D... a quitté l'école à 14 ans dans la classe du certificat d'études mais sans avoir obtenu celui-ci. A travaillé quelque temps avec son père, puis s'est marié et est venu à Paris. Il est actuellement maçon qualifié. Les connaissances scolaires sont faibles. Des épreuves d'intelligence générale obtiennent également une note médiocre. Dans un test concret faisant appel au raisonnement, le sujet se montre très réfléchi. Il voit les difficultés; fait preuve d'esprit de méthode et obtient de bonnes notes. Par contre, l'adresse manuelle proprement dite paraît assez limitée; (on notera que ce détail s'est trouvé infirmé par l'évolution intérieure. Au moment de l'épreuve l'imprégnation alcoolique de D... étant encore très sensible.)

Nous avons fait passer à D... un T. A. T. (Thematic Aperception Test).

Il ressort de cette épreuve que l'équilibre affectif est médiocre; le sujet est très anxieux, avec sentiment de culpabilité constant. Il s'accuse de ses échecs, semble éprouver un besoin excessif de protection et pour y arriver, prend une attitude enfantine. Il prétend ne jamais se laisser aller à ses impulsions ni à son agressivité et justifie son attitude par des règles morales rigides derrière lesquelles il se retranche. Le trait essentiel est certainement l'immaturité affective.

L'examen psychotechnique concluait ainsi :
Sujet peu doué au point de vue aptitudes intellectuelles ou motrices, mais dont les principales difficultés doivent certainement provenir du côté caractériel. Il serait souhaitable qu'il change de métier et si l'on devait le diriger sur une autre voie, il faudrait choisir une autre profession moins rude que celle de maçon. Il serait souhaitable qu'il soit intégré dans un petit groupe de travail où on lui laisserait quelques responsabilités limitées, mais où il trouverait cependant un chef d'équipe s'occupant de lui."

Tout en reconnaissant les capacités de D... à suivre les cours d'une formation professionnelle accélérée (électricité par exemple) les conclusions du psychotechnicien s'achevaient sur une note pessimiste quant à la réadaptation sociale.

OCTOBRE 1954

On décide l'admission à Ville-Evrard dans les Services du Docteur P. SIVADON. Séjour hospitalier de deux mois où conjointement à une cure de désintoxication (strychnine) on continue la psychothérapie commencée au dispensaire. A la sortie, l'amélioration de D.... est très nette. Suivent trois mois d'inaction pendant lesquels le malade est pris en charge par la Sécurité Sociale. Celle-ci accepte contre tout espoir la tentative de reclassement. Un premier essai se heurte à des difficultés administratives. Le délai d'inscription à l'école de Formation Professionnelle accélérée pour adulte est trop long.

L'Assistante Sociale de L'A.P.A.S. obtient cependant pour D... un contrat de réadaptation comme câbleur-monteur en mars 1955. Un nouveau test psychotechnique pratiqué à ce moment se révèle nettement plus favorable que le premier. Depuis Mars 1955, l'amélioration a suivi une courbe croissante.

Le nouvel emploi répond mieux aux exigences profondes de D... Celui-ci se révèle en effet une excellent câbleur-monteur en radio. Il s'adapte d'autant plus facilement à son nouveau travail qu'il exige le port d'une blouse blanche. Entouré d'ingénieurs, d'ouvriers qualifiés dont le niveau intellectuel est supérieur à celui du manoeuvre de chantier, D... se sent revalorisé.

Il s'est pris d'admiration pour son chef d'atelier qui a su s'imposer à lui. Autoritaire, rigoureux, exigeant et précis, D... retrouve en lui toutes les qualités dont il aurait voulu être paré mais dont sait être dépourvu. On retrouve là encore, comme elle s'était manifestée à l'égard de sa mère, de sa femme ensuite, l'attitude d'un adolescent ou d'un adulte à l'affectivité immature. Le recul nous manque pour affirmer la guérison totale. Mais d'ores et déjà, les chefs de D... ont exprimé leur pleine satisfaction.

Cliniquement, on constate une véritable métamorphose de D... : tempérance, disparition des troubles du sommeil, normalisation des sautes de caractère, disparition de tous les troubles gastriques surtout. La paix semble revenue au foyer et le couple fait des projets d'avenir.

Pour D... l'alcool était donc le refuge à un état d'incertitude, de malaise à la fois psychique et physique où l'avait plongé un travail dans lequel il ne pouvait se "réaliser"

Son comportement d'inquiet, d'individu angoissé était provisoirement dissipé par l'absorption d'une certaine quantité de vin. Enfermé dans un cercle vicieux, D... ne pouvait dans ces conditions qu'accroître son intoxication.

Le réajustement de D... à un travail plus approprié a fait disparaître avec sa névrose de l'inadapté ce qui était devenu un besoin de boire. Sa réadaptation comme cableur-monteur lui a rendu avec le goût de vivre, la notion exacte de ses responsabilités et la conscience de ses excès passés.

°
° °

L'alcoolisme est une entité pathologique certaine. Si ses manifestations cliniques caractéristiques sont bien connues et parfaitement décrites, sa genèse et son évolution en fonction de celle-ci sont par contre encore peu connues. Nous croyons qu'en dehors des données objectives, biochimiques, on ne peut négliger les termes psychologiques.

De nombreuses écoles, quantité d'auteurs se sont déjà attachés à cette étude. L'école américaine de Yale, a divisé dans sa classification les buveurs en trois groupes :

- Buveurs excessifs
- Symptomatiques réguliers ou irréguliers
- Buveurs toxicomanes

On retrouve dans les deux premiers groupes des troubles psychologiques ou sociaux sous-jacents. Il existerait chez l'alcoolomane un processus surajouté : celui d'une "soif de l'alcool". L'Ecole de Yale estime que les causes de l'alcoolisme sont éminemment sociales. CHARLIN insiste sur la nécessité indispensable de définir la personnalité de l'alcoolique. Conclusions personnelles basées sur des statistiques portant sur 2.052 sujets examinés par lui.

Les notions thérapeutiques de l'alcoolisme chronique sont nouvelles. Les méthodes biologiques conditionnant le dégoût sont les plus récentes. Elles ne constituent pas une fin en soi, mais doivent être accompagnées et suivies des méthodes psychothérapiques et socialthérapiques essentielles.

La psychothérapie doit commencer dès le premier contact avec le malade. Elle s'efforce d'abord de créer "un climat de confiance" et de détente et doit varier selon le type du malade à traiter.

Quant à la socialthérapie, elle comporte la thérapeutique sociale inspirée par le médecin traitant qui demeure le conseiller technique mais fait appel aux bonnes volontés de l'entourage du malade, fréquemment psychothérapie de groupe, action sociale et familiale, les dispensaires ont un rôle très efficace.

FOUQUET de son côté, analyse les difficultés de ce premier contact malade-médecin traitant, il faut:

"obtenir l'histoire du malade depuis l'enfance pour apprécier la structure physiologique de l'individu, le milieu où il vit. La valeur du toxique apparaît dans la trajectoire vitale du malade. Il faut apprécier l'attitude du malade vis à vis de sa maladie et de son entourage."

FELLION dans sa thèse, constate que l'étude des ivrognes ne présentant pas des signes d'intoxication chronique et des alcoolomanes qui sans s'enivrer présentent des symptômes pathologiques, permet de déceler en eux des tendances psychopathiques à l'état fruste. Il considère l'alcoolique comme un malade, comme un inadapté. Ses observations abondent d'ouvriers inadaptés dont la crise se manifeste d'une façon plus ou moins bruyante. Toutes n'aboutissent pas fatalement aux excès de boisson. Mais l'équilibre qui maintient ces travailleurs dans la sobriété est fragile. Un facteur déclanchant minime pouvant à tout moment se manifester.

Dans cet ordre d'idée, DESHAIES invoque différents processus de transformation d'un individu relativement sobre en alcoolomane :

L'IMITATION - où interviennent des facteurs sociologiques. Il n'est pas contestable que dans certaines professions, dans certaines contrées, l'alcoolisme est de règle et l'abstinence l'exception. Un certain degré de labilité caractérielle, une trop grande suggestibilité du sujet, un microtraumatisme physique ou psychique et c'est l'alcoolisme qui s'installe.

La DERIVATION - correspond à une réaction de défense. L'alcool joue ici le rôle d'une soupape de sûreté. "A l'occasion d'une difficulté affective le sujet se console dans le vin où il essaie de noyer son chagrin." Il peut s'agir d'un conflit latent, inconscient.

L'Ecole Psychanaliste a émis à ce sujet une théorie selon laquelle "l'alcoolomanie a pour base fondamentale une frustration très archaïque au stade oral, frustration qui rendrait compte de l'incapacité d'indépendance de ces malades, de leur recherche obtenue de dépendance et de leur perpétuelle protestation à cet égard."

(R. FOUQUET)

On retrouve ce besoin de dépendance dans l'observation de D... sous les formes successives d'un attachement à l'autorité maternelle, de son mariage avec une femme de trois ans son aînée, de son obéissance et de sa soumission à un chef autoritaire qu'il admire. DESHAIES cite en outre un processus dit de compensation. l'alcool intervient dans certains états névrotiques pour rétablir l'équilibre un instant rompu : par exemple lorsqu'il s'agit de diminués physiques :

"l'alcoolisme des estropiés, des chétifs, des dysmorphiques, des insuffisants sexuels. Un véritable complexe d'infériorité que le sujet conscient de son état essaie d'oublier dans l'alcool."

(HERBETZ.)

"L'autoagressivité enfin, liée à un sentiment inconscient de culpabilité avec besoin de punition."

Le Docteur Claude VEIL, de l'A.P.A.S., s'est attaché à cette étude. Nous lui emprunterons quelques-unes de ses observations. Dans toutes nous retrouvons à l'origine du déséquilibre individu-milieu ambiant, "une situation de conflit psychologique plus ou moins bien tolérée."

observations...

X... est un menuisier de 42 ans. Il présente des symptômes très répandus : lombalgies, sciatique, arthrite dentaire. Tachyphage, il digère lentement et se plaint d'être ballonné après les repas. Il ne dort pas bien.

Nous insisterons tout à l'heure sur la valeur considérable qu'il faut accorder à la dysomnie. X... ne dort que six à sept heures, se couche tard, se réveille au moindre bruit. Un prurit anal rebelle contribue à l'agacer, il craint un peu le vertige et n'aime pas travailler en hauteur. A l'examen somatique, on ne trouve rien.

X... a même pris du poids depuis un an. Et pourtant il se sent déprimé et mal à l'aise. Pourquoi ?

C'est un parisien, il a fait cinq ans de captivité. Au retour, sa femme l'avait abandonné et il a voulu changer d'air, le voici dans un petit village normand. Il ne s'est pas bien adapté au changement de milieu social. Il s'ennuie..."

L'alcool est une tentation facile.

Y... est maçon. Il est asthmatique. Il a perdu confiance en la médecine. Non seulement on l'a condamné à une vie très rétrécie mais encore on vient de lui faire des cautérisations de la muqueuse nasale qui ont été un échec complet. Bien entendu, il dort très mal. Il est très fatigable et dès le matin se sent épuisé. Il se refuse à sa femme. Et pourtant un examen minutieux reste à peu près négatif. Il finit par se confier et avouer que son travail ne lui plaît pas.

Il a eu la malchance de naître fils d'un entrepreneur de maçonnerie et il a horreur du Bâtiment. Il ne rêve qu'épicerie et jolis paquets bien ficelés.

Z..., 32 ans, toupilleur, est encore plus inadapté. Il est dysomnique. Les symptômes digestifs, les douleurs, les fatigues sont extrêmement marqués. Il est fréquemment victime d'accidents du travail.

Ses troubles du comportement dominant le tableau clinique. Son patron le décrit comme un hurluberlu. Coiffeur de son état, il a fait faillitte et le voici couvert de dettes, ne gagnant que 13.000 frs par mois. (1953).

Outre une femme et trois enfants, "il court à droite et à gauche : un Don Juan de pacotille.

Il boit. Si l'on intervient pas, cela finira mal !"

"Devant l'énoncé d'un tableau clinique d'apparence banale, parfois difficile à interpréter, le rôle du Médecin du Travail a été de percevoir ou de soupçonner à travers la personnalité du malade, un processus compromettant à plus ou moins longue échéance l'adaptation de ce sujet aux conditions de son existence."

(J. de VERBIZIER)

Dans cette intention, la Médecine du Travail a créé à l'A.P.A.S. une consultation dite de "désensibilisation" que le Docteur de VERBIZIER, de concert avec Médecins du Travail et Spécialistes, dirige avec le talent d'un fin psychologue et d'un psychothérapeute averti. Née d'une double nécessité, préventive et curative cette consultation s'est fixée deux objectifs.

"Sous le symptôme alcoolique, rechercher - au delà d'un sevrage ou d'une interdiction - les processus psychologiques et les situations de ces divers troubles, les analyser, et envisager leur cure. L'examen de chaque cas demande la consécration de temps et d'attention. Il faut en effet, étudier le développement de la personnalité de chacun, deceler les phrases dangereuses, les chocs affectifs, les situations psychologiques difficiles; situer le sujet dans sa lignée, sa famille, son travail; étudier l'évolution de l'alcoolisation, son début, sa progression; la baisse habituelle et toujours récente de la tolérance au vin, qui paraît plus importante que la quantité même de vin absorbée, toujours difficile à apprécier. "

(J. de VERBIZIER)

Ce dépistage s'avère d'autant plus difficile qu'en l'absence de stigmates cliniques évidents, entraînant la conviction, l'alcoolique ne reconnaît qu'avec réticence son excès de boisson. L. BERTAGNA accorde dans ces conditions beaucoup de valeur à quelques éléments de présomption qui lui paraissent précieux. Il définit ainsi "l'odeur de l'haleine, odeur aromatique rappelant l'odeur d'acétone caractéristique du buveur habituel. Elle peut le trahir très longtemps après la dernière ingestion de boisson alcoolisée (Plus de 30 heures : PUJOL et LECOCQ). Cette odeur de l'haleine serait infiniment moins "pénétrante et moins persistante" chez un individu ne s'adonnant pas habituellement à la boisson.

Avec L. BERTAGNA et J. de VERBIZIER, nous pourrions accorder une certaine valeur présomptive à "l'extraordinaire disposition du buveur, alors qu'il nie toute boisson alcoolisée, à faire religieusement état de consommation de boissons minérales diverses, Cette "amphoromanie" des buveurs persiste même lorsqu'après une cure de désintoxication, ils ont effectivement renoncé au vin."

Les autres manifestations sont plus banales, mais c'est surtout leur groupement, leur association évoluant et persistant dans le temps qui retiendra l'attention :

- troubles digestifs : anorexie, irrégularités du transit,
- troubles de la mémoire constituant au plus haut degré l'amnésie rétrograde de KORSAKOFF.
- Troubles du caractère, de l'humeur se manifestant plus volontiers dans le milieu familial.

Nous accorderons une mention particulière aux troubles du sommeil dont il faut préciser les modes :

"instable, agité, rêves et cauchemars, sudation nocturne importante, vertige et asthénie matinale disparaissant quelques heures plus tard et après absorption d'alcool."

(J. de VERBIZIER)

Le sommeil doit permettre une récupération complète des forces vitales, une restauration de l'organisme et des facultés de travail.

"Le sommeil, c'est le repos par excellence; c'est l'envers du travail. C'est son complément indispensable. Un individu qui dort mal n'est pas un vrai bien portant."

(C. VEIL)

C. VEIL reconnaît trois groupes de dysomniques :

- le dysomnique pur : un nerveux
 - le dégoûté pur : plus jeune, révolté ou résigné
 - le portrait du troisième étant la surimpression des deux précédents
- beaucoup plus exposé de part son anxiété au risque d'une névrose
l'alcool devenant alors une compensation mal tolérée à la névrose,
un sédatif de l'angoisse.

Nous emprunterons à l'expérience du Docteur De VERBIZIER quelques observations mettant en évidence les diverses modalités de cette manifestation critique de l'inadaptation.

"L'alcoolisation, dans ce cadre est un symptôme important camouflant sous une intoxication, une situation parapsychiatrique à l'occasion de crises de réadaptation, liées soit à la captivité, au déplacement, au chômage, à un accident, à une maladie, à tout remaniement brusque de l'existence remise en cause."

(J. de VERBIZIER)

L'alcoolisation tout comme l'hypersomnie joue le rôle d'une barrière de défense, d'oubli. Elle agit en véritable analgésique.

"V..., 43 ans, manoeuvre d'origine Tchèque.

Hospitalisé pour psychose hallucinatoire chronique avec bouffées anxieuses. Difficultés familiales graves, deux mariages malheureux, trois enfants à sa charge.

Difficultés professionnelles sous l'occupation, du fait de sa nationalité, puis surmenage. Il assure depuis un an la direction d'un grand atelier, poste inhabituel.

Vit seul à l'hôtel. Après une baisse progressive du rendement professionnel pendant deux ans, intervient une phase d'éthylisme pendant six mois. Sa tolérance au vin diminuant d'une façon sensible, il cesse de lui-même ses excès. Il présente alors une face d'hypersomnie pendant trois ans. Mais il dort mal, il a l'impression d'être "lourd".

Fait ensuite une insomnie rebelle accompagnée d'angoisse. Un état délirant s'installe : syndrome d'automatisme mental avec écho de la pensée, influences.

Ses antécédents personnels permettent de retrouver une fragilité allergique et des troubles digestifs (dysenterie avec gastralgies)."

-:-

"B..., imprimeur, 40 ans.

Ethylisme chronique avec ivresse pathologique. Asthénie. Issu d'un foyer dissocié, il se présente comme un déprimé. Son penchant pro-alcoolique s'est manifesté très tôt. Il s'est mis à boire après un échec à un concours.

Ancien syphilitique, il se marie juste avant la guerre. Prisonnier en Allemagne pendant cinq ans, il revient atteint de dysenterie et souffre de céphalées constantes. La reprise de la vie conjugale s'avère difficile. Madame B... reproche à son mari sa syphilis passée et l'infirmité de leur fille sourde-muette.

Après 1946, où B... est opéré d'un ulcus duodénal, on va constater l'alternance de périodes d'alcoolisation pure et d'accès hypersomniques se greffant sur un fond d'éthyl chronique. Les premiers troubles du sommeil apparaissent en 1947 et ne durent qu'un mois. Il font suite à un conflit né dans le travail et ayant amené le renvoi de B... L'alcoolisation reprend le premier plan ensuite, et persiste pendant de nombreux mois.

En 1949, décès du père de B... A cette occasion se déclenche une deuxième crise d'hypersomnie. B... se plaint de demeurer dans un éternel état de torpeur. La reprise de l'intoxication amène le malade à l'hôpital où, après une période d'amélioration reprennent les phénomènes d'hypersomnie accompagnés de douleurs rhumatismales, de réactions allergiques cutanées et d'asthénie. Un traitement désenbilisateur mené de pair à une psychothérapie amène la sédation de ces troubles. Actuellement, B... a repris son travail dans une imprimerie jusqu'à ce jour, nous n'avons pas noté de rechute.

"T..., compagnon maçon, 55 ans signalé par le médecin du Travail. Le travail dans Paris ou dans la région parisienne ne convient pas. Sommeil très perturbé et bref avec accès hypotensifs.

Dans son histoire, on retient une période dépressive à l'âge de 38 ans avec ALCOOLISATION. Cette phase qui dure trois mois succède à la mort violente de son père et motive un traitement avec arrêt de travail.

Survient la guerre, T... a trente-neuf ans, mobilisé, il reste absent un an hors du milieu familial. Lors de son retour, la naissance d'un enfant non désiré provoque la rupture des relations conjugales. Sa femme lui déclare qu'elle reporte toute son affection sur son fils et qu'il ne l'intéresse plus.

Nouvelle phase d'alcoolisation intense qui va durer un an. (1948-1949)

Mais, à la faveur d'un déplacement professionnel, T... rencontre une femme avec laquelle il vivra pendant un an. Avec l'euphorie du bonheur cesse l'intoxication alcoolique. "Tout allait bien, je chantais, je ne buvais plus, un an de bonheur et de santé."

Une tentative de conciliation en justice avec sa femme, provoque une nouvelle crise d'alcoolisation. Celle-ci persiste pendant deux ans. T... se présente alors comme un alcoolique chronique. Il développe une intolérance de plus en plus marquée au vin. Il maigrit, il perd sommeil et appétit. Il doit réduire ses activités et son comportement au sein du milieu familial est troublé.

En traitement, T... reste actuellement un ouvrier qualifié."

Une observation rapportée par le Docteur NOËVEGLISE Médecin du Travail, fait état des conditions d'intoxication alcoolique d'un plombier-couvreur.

"IUB..., trente-huit ans, a été victime d'un accident du travail en 1947. Il a été renversé par une voiture au cours de son trajet. Il reste deux jours dans le coma. Bien que ne présentant pas de fracture du crâne, il est trépanné. Il persiste une hémiplégie gauche avec céphalées intenses.

Une série d'électro-chocs a été pratiquée. Le travail a été arrêté deux ans et demi. Une incapacité permanente partielle a été prononcée à 50 %.

OCTOBRE 1951 : DUB... ressent un malaise "psychique" (sic) quand il travaille en élévation. Proposé au reclassement pour un poste de magasinier, il refuse.

SEPTEMBRE 1952 : DUB... se plaint de troubles digestifs vagues avec nausées matinales.
L'interrogatoire met en évidence une intoxication alcoolique.

OCTOBRE 1953 : Une réduction considérable de l'ingestion de vin favorise la disparition des troubles nauséux. Céphalées et vertiges persistent d'une façon inconstante.

JANVIER 1955 : DUB... avoue un litre et demi de vin qu'il boit avec une demie bouteille d'eau de vittel. DUB... boit du vin depuis son accident. Il en a réclamé dès sa sortie du coma et n'a pas cessé d'en boire depuis. Auparavant, il n'en consommait que rarement. Souffrant d'une somnolence fréquente, le vin est dans son esprit un bon stimulant.
L'interrogatoire plus poussé révèle que les céphalées qu'il présente sont précédées de signes auxquels on peut accorder une valeur d'aura : pâleur, sueurs froides; il se sent obligé de quitter son travail avant la crise douloureuse et de rentrer se coucher. Il garde son visage sous les draps.

La crainte de la répétition d'un accident déjà survenu a provoqué chez DUB... un état névrotique, compensé par une ingestion excessive de boissons alcoolisées. Dans quelles mesures cependant les céphalées et l'aura qui les précède constituent-elles un équivalent épileptique.

Le Cas de DUB... est actuellement à l'étude et une psychothérapie prudente a été demandée par le Docteur NOEUVÉGLISE, pour, associée à des toniques, remplacer la stimulation précédemment apportée par le vin.

"R..., peintre-décorateur, 35 ans, nous est adressé le 4 Juin 1954 par la consultation d'ophtalmologie pour névrite optique alcoolique, l'intoxication nicotinique est concomitante.

En 1952 son acuité visuelle bilatérale était de 10/10

En 1953, elle n'est plus qu' à 3/10

R... reconnaît son éthylisme : 10 ricards, 2 litres de vin, il fume 40 grammes de tabac par jour. Il avoue :

- "Je n'y vois plus par la boisson depuis 2 ans."

L'interrogatoire permet de reconstituer son histoire :

R... a débuté très modestement en peignant au pistolet.

Bientôt il cotoie le milieu artistique où on lui laisse, par camaraderie, la possibilité de participer à la décoration théâtrale. Même, il aurait avant-guerre fait de la figuration

Pourtant il n'est qu'ouvrier, et il a abandonné quelque peu le pistolet, ce n'est que pure complaisance de la part de ses employeurs. Ses camarades de théâtre lui font de fréquentes invitations : réunions, réceptions.

Son "complexe de déclassé" s'accroît du fait qu'il est dans l'impossibilité de rendre les invitations. C'est alors qu'il se lie avec une femme aisée, divorcée, mère d'une fillette de 14 ans. Grâce à elle, il va élargir son train de vie. Il habite dans un appartement très chic de l'Avenue de Friedland. Un personnel stylé est à ses ordres : valet de pied, bonne. Il a même sa voiture personnelle.

Cette situation de nouveau riche parvenu, ne l'empêche pas de continuer à exercer sa profession. L'emprise de cette femme s'accroît sur lui; il l'appelle "Madame" lorsqu'il la cite. Bien qu'entretenu, le fait de continuer à travailler semble devoir lui concéder une certaine indépendance. Ouvrier qualifié, il est maintenant peintre d'appartement; avec son patron, peintre-décorateur, ils exercent seuls au domicile de leurs clients.

Mais l'harmonie ne règne pas au sein du ménage. La femme fait preuve d'une forte personnalité sexuelle. Lui est quelque peu perturbé dans ce domaine depuis une arrestation sous l'occupation allemande et un séjour "rue des saussaies" où l'interrogatoire et la baignoire de renommée tragique l'ont marqué. L'atrophie testiculaire gauche qu'il présente, ne l'a pourtant pas empêché de mener une activité sexuelle sensiblement normale depuis 7 ans que dure la liaison. Il se plaint d'un certain degré d'impuissance. Le conflit qui l'oppose à sa maîtresse contribue également à l'inhiber: "Elle me trompe ! dit-il".

Les sujets de discorde se renouvellent fréquemment. En SEPTEMBRE 1953 intervient une espèce de gentleman's agreement : ils vivront séparés; mais il continuera à cohabiter "encamarade", mangeant à la même table. Il s'y sent d'autant plus étranger que la grand-mère de son ex-amie vit sous le même toit. Mais cette promiscuité et cette position "d'invité" le rendent malheureux. Il devient nerveux.

IL BOIT.

- "Je serais guéri si c'était fini avec cette femme"!

Sa vie actuelle est un constant rappel de la situation antérieure, perdue. R... a le sentiment d'être abandonné et éprouve une violente nostalgie du Passé. Le Présent n'en est pas moins marqué par d'incessantes disputes.

- "Je préférerais ne rien savoir : il y a toujours quelque chose. Je sens que si j'avais un ami, tout irait bien; si c'était fini avec cette femme, je serais guéri."

JUILLET-AOUT 1954: Un déplacement d'un mois pour raison professionnelle éloigne R... de Paris. Seul avec son patron, il entreprend la peinture de quelques pièces dans un château de l'Eure. Le moral est meilleur. Il ne boit plus. Il se sent bien.

SEPTEMBRE 1954 : Il rentre à Paris. Avec son retour et la reprise de l'existence précédente, c'est la rechute, inévitable. Chaque jour, le voit sombrer un peu plus.

LE 3 NOVEMBRE 1954 Il doit cesser son travail.

- "Je ne peux plus rien faire, aucun travail."

Il est épuisé, depuis trois jours il ne dort plus.

- "Je pense à mon état, à ce que je suis, à ce que j'aurais pu être. Je vis dans une ambiance qui n'est pas la mienne. J'ai eu des voitures, de l'argent. Par ma faute, je suis descendu et je n'ai pas su me relever."

Son attitude est celle d'un gamin se révoltant contre l'autorité maternelle. - "Je ne veux rien d'elle."

"Madame" (il s'agit de son ex-amie) me dit : - Si tu trouves un logement, je suis prête à payer 200.000 francs pour toi. Je suis prête à t'aider si tu veux continuer dans le cinéma..."

- "Si je veux 500.000 francs, continue R..., elle me les donne. Mais je ne veux accepter d'elle quoi que ce soit." L'opinion qu'il a de lui-même le retient : "Je me trouverais dans le cas d'un souteneur".

Il reste pourtant encore dépendant d'elle. Ensemble, ils fréquentent les concerts. Beethoven, Bach, Ravel,... s'inscrivent parmi leurs auteurs préférés.

De morphologie athlétique, R... n'arrive pas à se libérer. Les troubles s'accroissent rapidement :

- son sommeil est troublé par des cauchemars, sueurs nocturnes.
- amyotrophie, malgré une légère tendance à l'embonpoint.
- caries, arthrite dentaire, quelques signes de polynévrite commençante.
- asthénie plus marquée.
- anorexie, langue saburrale, transit perturbé, surtout lors des excès alcooliques.

La tolérance à l'alcool s'abaisse rapidement

- Labilité affective, légère confusion, palimpseste
- Le foie est augmenté de volume sans signe manifeste de décompensation
- La pression artérielle est 17/10
- La vision diminue beaucoup, surtout depuis un an

- "J'y vois beaucoup moins bien le jour que le soir à la lumière"

R... conserve une bonne adaptation à son travail, mais seulement en déplacement. Il sent que "cela ne peut durer Je ne peux pas tout seul. Je n'ai pas la volonté."

IL S'ISOLE.

Pour en finir, il accepte une cure de désintoxication et de psychothérapie à Ville-Evrard.

Lors de son admission, le 13 NOVEMBRE 1954 : L'alcoolisation est très marquée. L'état général est plus que médiocre. R... est amaigri. Il y a une véritable fonte de la musculature. Ses dents se déchaussent. Le foie déborde de trois travers de doigt le gril costal. Il existe une polynévrite éthylique à l'état fruste.

6 JANVIER 1955 : R... sort de l'hôpital contre l'avis médical L'amélioration est cependant considérable. L'acuité visuelle est remontée à 5/10.

Il n'a pas revu "Madame". Il a trouvé un logement différent. Ses hésitations antérieures ont disparu. Il s'était épuisé jusqu'ici à vouloir rompre avec son passé. "J'ai manqué deux

situations à cause d'elle." (il fait allusion à une situation d'artiste-décorateur, ou de cinéastes à laquelle il ambitionnait.)

JUIN 1955 : l'amélioration persiste. R... veut rompre totalement avec le Passé auquel son métier est relié. "La peinture me dégoûte." Il va quitter le bâtiment. Il s'oriente vers un travail de pompiste.

Antécédents pathologiques : Brimo-infection à 11 ans.

Antécédents familiaux : le père gazé en 1914, est décédé en 1940. Il n'aurait pris part que de très loin, à l'éducation de son fils.

R... est très attaché à sa soeur.

La famille, la mère de R... surtout, après avoir vivement réprouvé son attitude s'est retranchée dans le silence.

-:-

S..., plombier-zingueur, a fait deux chutes importantes : la première en 1929, la seconde en 1951. Celle-ci le contraint à cesser son travail pendant un an. (chute d'un toit ayant provoqué, outre la commotion, une fracture de côte.)

Guéri, S... conserve une certaine appréhension à remonter sur les toits. Aussi s'oriente-t-il plus volontiers vers la plomberie qu'il pratique de préférence. Il travaille maintenant dans les égouts.

Très vite cependant, il est envahi par la nostalgie de son occupation passée. Il rêve de grand air et aspire à remonter sur les toits. Sobre jusque là, S... se met à boire, un peu, juste pour se donner le courage nécessaire à l'ascension. Bientôt, il devient incapable de monter à la corde à noeuds sans être réconforté au préalable d'une rasade de vin

- "Je risque moins ainsi" avoue-t-il.
L'alcoolisation va très vite à s'accroître.

Sans ressentir aucun trouble pendant le jour, S... se plaint de souffrir de vertige, la nuit. Son sommeil se peuple de cauchemars. Parallèlement, l'intoxication progresse rapidement de 1952 à 1954. La tolérance au vin diminue. Cela oblige S... à restreindre sa ration quotidienne. Il boit relativement peu (un litre, un litre et demi de vin rouge). Mais il n'est pas question de cesser totalement de boire. Diminuer l'apport d'alcool aboutirait à augmenter l'appréhension qu'éprouve tou-

jours S... à grimper sur les toits.

Avec la dysomnie, apparaissent bientôt les troubles digestifs : anorexie surtout, accompagnant un fléchissement de l'état général. On pratique un éléthro-encéphalogramme dont les altérations, discrètes, contre-indiquent le travail en élévations. S... n'en continue pas moins l'exercice de son métier. On lui conseille une cure de désintoxication, qu'il accepte, qu'il suit et dont il sort amélioré du point de vue général : il a grossi de 7 kilogs.

Actuellement, après une petite récédive d'éthyl, qui n'a pas duré, l'amélioration se maintient.

"Je peux faire de la corde à noeuds".

On rapprochera de cette observation les cas rapportés par le Docteur de VERBIZIER sur le "vertige de sortie". On notera l'existence d'une phase de latence entre la sortie de l'hôpital après l'accident et l'apparition du "vertige", de cet état d'anxiété contre lequel l'alcool joue le rôle d'un anesthésique de qualité.

-:-

Dans chacune de ces observations le médecin a considéré l'alcoolique comme un malade. Par l'interrogation, par l'enquête menée par l'assistante sociale, il a recherché une étiologie, explication sur les plans social et individuel de l'intoxication. De nombreuses théories ont été émises pour expliquer le pourquoi de la consommation excessive de boissons alcoolisées. Le Docteur PULLAR-STRECKER reconnaît qu'un grand nombre de patients alcooliques sont des inadaptés :

"Leur capacité de supporter les coups inévitables de la vie est faible, en raison de leur inaptitude à faire face aux difficultés, ils se réfugient dans l'alcool et en deviennent les esclaves."

Le Professeur JELLINEK, après l'exposé des causes économique-sociales, insiste sur les facteurs psychologiques de l'alcoolisme. Le facteur physique n'interviendrait que "pour les seuls alcooliques qui au bout de 5 à 15 ans, subissent une perte de contrôle quant à la consommation d'alcool, c'est à dire deviennent incapables de s'en tenir à de faibles doses et s'intoxiquent malgré eux."

Ce sont ces différentes phases de la toxicomanie que le Docteur P. SIVADON a parfaitement bien analysées. Cette "perte du contrôle" n'apparaît pas chez tous les buveurs. Elle serait témoin d'un facteur prédisposant, physiologique, biochimique ou psychologique différentiel dans la constitution de chacun. Quoiqu'il en soit, ce signe marquerait le passage du buveur à une "phase cruciale" de son intoxication. A celle-ci a précédé une "phase initiale" de 10 ou 15 ans.

"L'alcool favorise les relations humaines, l'alcool empêche la souffrance morale, l'alcool en un mot aide à supporter l'existence."

(P. SIVADON)

"L'alcool a une action spécifiquement sédative. Excellent anesthésique, il est très particulier. Il atténue "certaines sensations désagréables comme la faim, le froid, la fatigue, la peur, la soif. De même il couvre les conflits émotifs. L'alcool résoud le conflit en permettant aux niveaux inférieurs du fonctionnement nerveux de prédominer en inhibant fortement les fonctions nerveuses du niveau supérieur. Cette économie d'énergie nerveuse donne au buveur le sentiment qu'il est absolument maître de n'importe quelle situation et déborde de force et de vitalité. On peut dire qu'il quitte un monde plein de graves responsabilités, de lourdes tâches et d'adaptation difficile au réel, pour un monde de divertissement et de rêve où les choses se soumettent de bon gré à ses désirs."

(Pr. ODEGARD)

Pourquoi est-on tenté de recourir à cette anesthésie pour résoudre un conflit affectif et arriver à une adaptation sociale et individuelle meilleure ? Il n'y a pas de type d'alcoolique. L'analyse décèle un certain nombre de caractères communs mais qui peuvent n'être qu'une conséquence de l'intoxication : irritabilité, nervosité, instabilité, complexe d'infériorité entre autre mais aussi de culpabilité, haine, colère, dysphorie et dépression, jalousie.

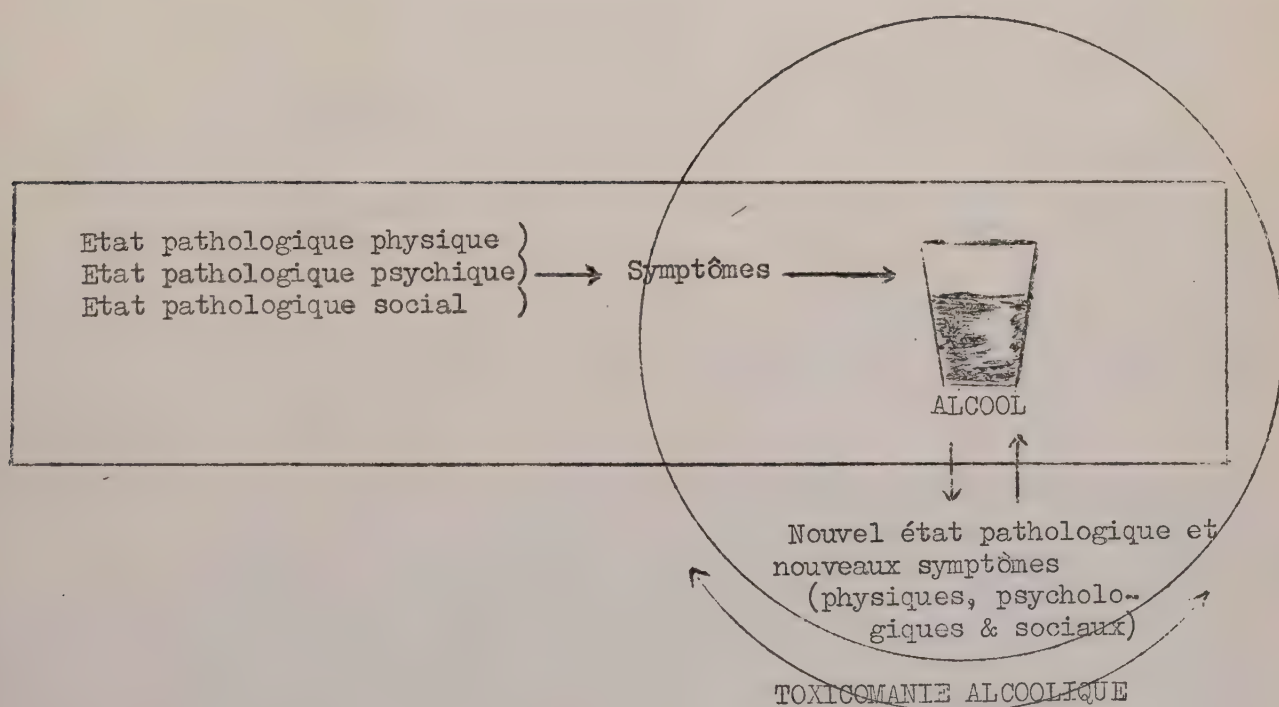
D'après ODEGARD, il y aurait un "manque d'équilibre et d'harmonie entre leurs pulsions affectives et leur raison. L'alcoolique est un psychopathe ou un inadapté." Le Docteur ODEGARD psychiatre norvégien a bien décrit celui-ci.

... On trouve un ensemble de traits qu'on pourrait comprendre sous le terme d'hypersensibilité ou d'asthénie. Ces personnes souffrent de sentiment d'infériorité et d'incapacité, avec des périodes fréquentes de dépression. Elles sont peu sociables, incapables de se faire valoir auprès d'autrui; aussi, elles se replient sur elles-mêmes et se sentent douloureusement

isolées. Elles sont hyperémotives, constamment tendues, mais n'ont pas la force de traduire leurs émotions en actes bien organisés. L'alcool a sur leurs difficultés personnelles un effet presque spécifique, en leur donnant confiance et en les aidant à vaincre certaines inhibitions; surtout il les met en état de se joindre à d'autres, sans timidité ou sentiment d'infériorité exagérés.

L'étiologie de l'alcoolisme offre par conséquent une analogie surprenante avec l'étiologie des névroses. Mais si l'alcool semble faire tomber barrières et difficultés pour un individu mal adapté à son milieu social ou professionnel, il aboutit bien souvent à de nouveaux conflits. La personnalité troublée de l'alcoolique rend ce dernier moins apte à trouver une solution. C'est l'entrée dans un cycle infernal, "cercle vicieux où l'alcoolisme engendre des problèmes sociaux et des souffrances personnelles auxquels le malade ne trouve, d'autre part, aucun remède plus efficace que l'alcool."

(ÖDEGÅRD)



(d'après FLEMING)

L'alcoolique s'achemine vers sa perte si à ce moment il ne reçoit pas le secours d'une aide extérieure. "Le mode de vie de l'alcoolique le rend fatalement de plus en plus inadapté." Avec le Docteur Paul SIVADON, nous analyserons les différents stades par lesquels va passer le malade.

Après une "augmentation de la tolérance au toxique" où le sujet est capable d'ingurgiter deux ou trois fois plus d'alcool que d'habitude, sans éprouver le moindre malaise, apparaît la "préoccupation obsédante de l'alcool. L'alcool a créé un état de besoin. Toutes les occasions sont bonnes pour boire, d'autant que plus que jamais les contacts sociaux sont sérieusement facilités sous l'influence de la "précieuse drogue".

Toujours tolérants à l'alcool, le sujet finit par s'énivrer. S'il en a conscience on peut voir apparaître un sentiment de culpabilité. Comme il n'est pas question d'abandonner la boisson, il cherche à se trouver de bonnes raisons pour continuer à boire. C'est la rationalisation qu'explique le travail de force, la faim, le froid, la fatigue, le métier.

On a pu noter dans nos observations l'apparition de modifications du caractère. Les anciennes inhibitions ont disparu. Le malade libéré de sa dépendance sociale manifeste son autoritarisme, son agressivité surtout dans son milieu familial. L'isolement social s'accroît. Les excès se répètent. Très intéressante à signaler est la période "des techniques" où le sujet s'astreint à certaines règles pour boire : qualité et couleur du vin (jamais de blanc), horaire, eaux minérales accompagnant l'ingestion du toxique).

Socialement, sa déchéance s'accroît. Rapidement on en arrive au stade d'atteinte somatique bien connue, bien décrite, où la gastrite, la polynévrite, les troubles de l'état général (amaigrissement, anorexie, troubles du sommeil) sont importants. Pour certains l'alcoolisme est la manifestation concrète et régressive d'un individu au stade oral. L'alcool atténuerait alors des troubles d'ordre sexuel. A la période des manifestations somatiques se place une nette diminution de la sexualité d'où idées de jalousie et leurs conséquences familiales.

Ainsi se trouve atteint la phase de chronicité. La diminution de la tolérance à l'alcool en est le premier signe. La quantité d'alcool nécessaire pour atteindre et anesthésier les fonctions nerveuses supérieures est trop importante. A ce stade, elle n'est plus supportée. La désintégration de l'alcool (acétaldéhyde et acide pyruvique) est génératrice de troubles.

Le Docteur Paul SIVADON insiste avec raison sur la nécessité d'un dépistage précoce; il faut déceler les petits signes, le buveur normal du buveur pathologique; trouver la cause, le conflit interne ou les stigmates d'une névrose, souvent légère, nécessairement transitoire si elle est traitée. Avec lui nous reconnaissons la vanité et les dangers d'une attitude moralisatrice du praticien à l'égard de son malade. "L'alcoolique a spontanément tendance à la culpabilité et il a appris par expérience qu'il ne peut surmonter son complexe qu'en buvant davantage." De même pour son sentiment d'infériorité qu'il ne faut pas cultiver. Il suffira de changer le sujet de milieu, de modifier ses conditions de vie, de lui apporter un secours. Ce secours se manifeste non seulement par une psychothérapie banale mais encore par une aide réelle sur le plan social pour amener le sujet à surmonter ses difficultés.

A ce propos, nous rappellerons les étonnantes expériences de MASSERMANN. Celle-ci permettent de constater que chez un animal expérimentalement névrosé, l'ingestion d'alcool permet à celui-ci de surmonter son conflit.

Des chats sont conditionnés.

A un stimulus (signal lumineux, acoustique) ils apprennent à ouvrir une boîte contenant des boulettes de nourriture. MASSERMANN leur apprend même à déclencher seuls le signal en appuyant sur un commutateur.

L'expérimentateur groupe ensuite les chats par paire, créant ainsi un chat "dominant" qui va s'emparer de la nourriture et un chat "soumis". L'administration d'alcool à ce moment provoque chez les animaux ce que l'auteur appelle "un rétrécissement progressif de leur champ de "réaction". A une phase d'activité exagérée succèdent des mouvements frustes, désordonnés et mal dirigés. Les animaux ne sont plus capables de découvrir et de déclencher le signal. Le besoin de s'alimenter n'en disparaît pas pour autant, les chats répondant toujours aux signaux quand ils sont manoeuvrés par l'expérimentateur. Après ces réactions, le conditionnement initial a aussi disparu.

MASSERMANN ne s'en tient pas là. Il affole ses chats.

Plusieurs jours consécutifs, il les expose, d'une façon irrégulière, à de violents courants d'air ou à des décharges électriques au moment où après le signal, les chats s'apprêtent à prendre leur nourriture. Les animaux présentent alors un état d'anxiété de malaise, d'agitation. Cette angoisse se traduit par le hérississement des poils, avec dilatation pupillaire, agitation motrice avec mouvements de fuite, tachycardie, irritabilité, agressivité. En même temps, la plupart des animaux testés refuse toute nourriture. La panique s'empare même de certains d'entre eux enfermés à ce moment dans un espace réduit, alors que d'autres tombent dans une immobilité touchant

à la catalepsie. A ce moment, le chat "dominant", névrosé, change de rôle avec son partenaire non névrosé et primitivement "soumis".

Ainsi se trouvait établi un conflit entre la faim et la peur. L'absorption d'alcool alors va permettre d'enregistrer une nette amélioration du syndrome névrotique. Le chat retrouve son calme, réintègre volontiers sa cage d'expérience et explore à nouveau son garde-manger à l'appel du signal. Le chat redevient "dominant". Pendant quelques jours, il consommera de préférence le lait alcoolisé qui lui est proposé. Le chat est devenu toxicomane. Mais il refusera systématiquement ce lait lors de la guérison de sa névrose.

Malheureusement les problèmes ne sont pas toujours aussi simples chez l'homme en conflit avec la société.

Pour terminer, nous ne pouvons résister à la tentation de citer ici une dernière observation. Elle est tirée d'une des pages admirables écrites par Emile ZOLA. Avec la vigueur particulière de son style c'est l'exposition d'un tableau clinique dont la séméiologie a été finement observée.

"Coupeau, un zingueur, sobre, jusqu'au moment où un malencontreux accident du travail le fait tomber d'un toit et, par ses conséquences, vient bouleverser sa vie. L'alcool lentement finit par le ronger.

..."oui, Coupeau filait coton..."

... Sa vilaine graisse jaune des premières années avait fondu, et il tournait au sécot, il se plombait, avec des tons verts de macchabée pourrissant dans une mare. L'appétit, lui aussi était rasé. Peu à peu, il n'avait plus eu de goût pour le pain, il en était même arrivé à cracher sur le fricot. On aurait pu lui servir la ratatouille la mieux accommodée, son estomac se barrait, ses dents molles refusaient de mâcher, Pour se soutenir, il lui fallait sa chopine d'eau de vie par jour; c'était sa ration, son manger et son boire, la seule nourriture qu'il digérât. Le matin, dès qu'il sautait du lit, il restait un gros quart d'heure plié en deux, toussant et claquant des os, se tenant la tête et lachant de la pituite, quelque chose d'amer comme chicotin qui lui ramenait la gorge. Ça ne manquait jamais. Il ne retombait d'aplomb sur ses pattes qu'après son premier verre de consolation, un vrai remède dont le feu lui cautérisait les boyaux. Mais, dans la journée, les forces reprenaient.

D'abord, il avait senti des chatouilles, des picotements sur la peau, aux pieds et aux mains, et il rigolait, il racontait qu'on lui faisait des minettes, que sa bourgeoise devait mettre du poil à gratter entre les draps. Puis, ses jambes étaient devenues lourdes, les chatouilles avaient fini par se changer en crampes abominables qui lui pinçaient la viande comme dans un étau. Ça, par exemple, lui semblait moins drôle. Il ne riait plus, s'arrêtait court sur le trottoir étourdi, les oreilles bourdonnantes, les yeux aveuglés d'étincelles. Tout lui paraissait jaune, les maisons dansaient, il festonnait trois secondes, avec la peur de s'étaler. D'autres fois, l'échine au grand soleil, il avait un frisson, comme une eau glacée qui lui aurait coulé des épaules au derrière. Ce qui l'enquiquinait le plus, c'était un tremblement des deux mains; la main droite surtout devait avoir commis un mauvais coup tant elle avait des cauchemars. Nom de Dieu ! Il n'était donc plus un homme, il tournait à la vieille femme ! Il tendait furieusement ses muscles, empoignait son verre, pariait de le tenir

immobile comme au bout d'une main de marbre; mais le verre, malgré son effort, dansait le chahut, sautait à droite, sautait à gauche, avec un petit tremblement pressé et régulier. Alors il se le vidait dans le coco, furieux, guerlant qu'il lui en faudrait des douzaines et qu'ensuite il se chargeait de porter un tonneau sans remuer un doigt.

Gervaise lui disait au contraire de ne plus boire s'il voulait cesser de trembler. Et il se fichait d'elle, il buvait des litres à recommencer l'expérience, s'encourageant, accusant les omnibus qui passaient de lui bousculer son liquide.

...

Quelques temps après le zingueur tomba malade. Coupeau avait une fluxion de poitrine. Mais de l'hôpital où on l'avait transporté tout d'abord il dut être interné.

... "Le surlendemain, lorsque Gervaise se présenta pour avoir des nouvelles, elle trouva le lit vide. Une soeur lui expliqua qu'on avait dû transporter son mari à l'asile Sainte Anne, parce que la veille, il avait tout d'un coup battu la campagne. Oh ! un démenagement complet, des idées de se casser la tête contre le mur, des hurlements qui empêchaient les autres malades de dormir. Ça venait de la boisson, paraissait-il. La boisson qui couvait dans son corps avait profité, pour lui attaquer et lui tordre les nerfs, de l'instant où la fluxion de poitrine le tenait sur le dos"...

Le mal devait suivre son chemin.

... Cependant comme la nuit tombait, Coupeau fut peu à peu pris d'une inquiétude. Il se leva deux fois sur son séant regardant par terre, dans les coins d'ombre de la pièce. Brusquement, il allongea le bras et parut écraser une bête contre le mur.

- Qu'est-ce donc, demanda Gervaise, effrayée
- les rats, les rats, murmura-t-il.

Puis, après un silence, glissant au sommeil, il se débattit, en lâchant des mots entrecoupés.

- Nom de Dieu! ils ne trouvent la pelure ! Oh, les sales bêtes. Tiens bon! Serre tes jupes! Méfie toi du salopaud derrière toi! Sacré tonnerre, la voilà culbutée, et ces mufes qui rigolent!.. Tas de mufes! Tas de fripouilles! Tas de brigands!

Il lançait des claques dans le vide, tirait sa couverture, la roulait en tapoir contre sa poitrine, comme pour la protéger contre les violences des hommes barbus qu'il voyait...

Coupeau s'en tirera cette fois, mais il n'est pas guéri.

... La boisson lui ôtait toute conscience du bien et

du mal. Maintenant c'était réglé. Il ne dessoulait pas de six mois, puis il tombait et entraît à Sainte Anne; une partie de campagne pour lui.

Au bout de quelques semaines, il sortait de l'asile, réparé, recloué, et recommençait à se démolir, jusqu'au jour où, de nouveau sur le flanc, il avait encore besoin de racommodage. En trois ans, il entra sept fois à Sainte Anne.

... Avec ça, il oubliait d'embellir; un revenant à regarder, le poison travaillait rudement. Son corps imbibé d'alcool se ratatinait comme les foetus qui sont dans des bocaux chez les pharmaciens. Quand il se mettait devant une fenêtre on apercevait le jour à travers ses côtes, tant il était maigre, Les joues creuses, les yeux dégoûtants, pleurant assez de cire pour fournir une cathédrale, il ne gardait que sa truffe de fleurie, belle et rouge, pareille à un oeillet au milieu de sa trogne dévastée. Ceux qui savaient son âge, quarante ans sonnés, avaient un petit frisson, lorsqu'il passait, courbé, vacillant, vieux comme les rues. Et le tremblement de ses mains redoublaient, sa main droite surtout battait tellement la breloque, que certains jours il devait prendre son verre dans ses deux poings, pour le porter à ses lèvres.....

.... Le dernier été fut surtout mauvais pour Coupeau. Sa voix changea complètement. Il devint sourd d'une oreille. Puis en quelques jours sa vue baissa, il lui fallait tenir la rampe de l'escalier s'il ne voulait pas dégringoler. Quant à sa santé, elle se reposait, comme on dit. Il avait des maux de tête abominables, des étourdissements qui lui faisaient voir trente-six chandelles. Tout d'un coup, des douleurs aiguës le prenaient dans les bras et dans les jambes; il palissait, il était obligé de s'asseoir et restait sur une chaise ébété pendant des heures; même, après une de ses crises, il avait gardé son bras paralysé tout un jour. Plusieurs fois, il s'alita; il se pelotonnait, se cachait sous le drap, avec le souffle fort et continu d'un animal qui souffre.

Alors les extravagances de Sainte Anne recommençaient. Méfiant, inquiet, tourmenté d'une fièvre ardente, il se roulait dans des rages folles, déchirant ses blouses, mordait les meubles, de mâchoire convulsée; ou bien il tombait à un grand attendrissement lâchant des plaintes de fille, sanglotant et se lamentant de n'être aimé par personne...

... Caché entre le lit et le mur, il claquait des dents, il racontait que des hommes allaient venir l'assassiner. ...Coupeau ne connaissait qu'un remède, se coller sa chopine

de vin, un coup de bâton dans l'estomac qui le mettait debout. Tous les matins, il guérissait ainsi sa pituite.

La mémoire avait filé depuis longtemps, son crâne était vide; et il ne se trouvait pas plus tôt sur pieds, qu'il blaguait sa maladie. Il n'avait jamais été malade.

Oui, il en était à ce point où l'on crève en disant qu'on se porte bien.

...

-:-

Conclusion

L'homme est sans cesse en conflit avec les obstacles naturels; sans cesse il se heurte à des facteurs sociaux. Il lui faut s'adapter, et cela ne va pas sans difficultés, sans des compromis qui, en général, sont suffisamment minimes pour être compatibles avec un bon équilibre mental. Mais cette adaptation peut être défectueuse, elle peut être la source de déceptions qui refoulées dans l'inconscient sont elles-mêmes sources d'inquiétude. Cette inquiétude a des manifestations objectives différentes selon les individus. Elle trouve un apaisement certain dans l'absorption d'alcool.

"L'alcoolisme est un moyen de compensation et de refuge pour un être mal adapté."

Il nous a paru intéressant d'insister sur cette forme d'alcoolisme témoignant d'une faille dans le mécanisme d'intégration d'une unité humaine à un tout social; dans son adaptation en particulier à un travail.

Sans négliger la valeur des facteurs économiques (la richesse du sol français permet une ample moisson de plantes alcoolcènes), sans négliger les conditions législatives dont l'incohérence en matière d'alcoolisme a été vivement soulignée par le Professeur DEROBERT, nous avons tenu à mettre en avant les causes d'ordre psychologique et médico-social. L'étude des quelques observations que nous avons citées nous permet de réaliser la place qu'il faut accorder aux conditions mentales, au "climat" qui ont amené un travailleur sobre à se livrer à la boisson..

Nous avons noté la fréquence des états d'anxiété chez des sujets mal incorporés à leur milieu social, chez des travailleurs dont les modalités du labeur créent, entretiennent ou accentuent un déséquilibre psychique. Il en résulte une inquiétude profonde parfois avec perception intense d'un complexe d'infériorité.

"L'inquiétude est la source vive de l'alcoolisme."

(FELLION)

Dans une première partie, nous avons analysé la personnalité de l'inadapté au travail et de ce fait, au milieu ambiant

La personnalité pour atteindre son plein développement rencontre des impératifs auxquels doit se soumettre celui qui vit en société; d'où tension génératrice d'anxiété, soit que les impératifs sociaux aient été rejetés sous l'influence de pulsions profondes, soit qu'ils aient été acceptés à contre coeur, sachant bien que les tendances profondes auxquelles aspire l'individu ne pourront jamais être satisfaites.

... Cette tension résulte surtout du jugement que nous portons sur nous-mêmes et le milieu. Rien ne calmera l'anxiété que tout ce qui affaiblit le jugement. L'alcool produit ce résultat.

(FELLION)

C'est ce que nous avons étudié dans une deuxième partie.

Nous avons cité enfin quelques observations qu'il nous a été permis de suivre à la consultation de désintoxication organisée par L'A.P.A.S. Parallèlement à la cure médicamenteuse menée par le médecin traitant, celui-ci ne perdra pas de vue l'aspect psychologique du problème. Déclassé par son travail, c'est par son travail lui-même qu'une solution sera proposée à l'ouvrier victime de son alcoolisation.

"L'une des méthodes thérapeutiques les plus universelles et les plus anciennes de l'alcoolisme est le travail."

Mais c'est dans un travail sinon nouveau, du moins que l'on aura rendu conforme aux aspirations profondes, conscientes ou non du travailleur, que réside le but recherché. Il s'agit d'un véritable reclassement.

Cette réadaptation se fera de préférence au sein de son activité habituelle. Parfois l'intégration totale ne sera obtenue qu'après la mutation du travailleur. La réussite se manifeste par un épanouissement de la personnalité du sujet en même temps qu'avec l'angoisse disparaît l'alcoolisme.

Nous manquons encore du recul nécessaire pour permettre d'affirmer une guérison totale et définitive. Mais nous sommes certains de nous être engagés sur la bonne voie.

Bibliographie

ouvrages consultés

- BERTAGNA : La psychologie des alcooliques
(Revue du Praticien - Décembre 1953)
- CHARLIN A. : Traitement de l'alcoolisme chronique (1954)
- L. DEROBERT & H. ROUVILLOIS :
Le problème de l'alcoolisme en France
(Revue du Praticien - Décembre 1953)
- FELLION : Thèse de Paris - Juin 1951
- R. FLEMING : Psychothérapie de l'alcoolisme
(Cambridge - U. S. A.)
- P. FOUQUET : L'alcoolique névrosé
L'interrogatoire de l'alcoolique en tant que malade
- E. M. JELLINEK
Les phases progressives de l'alcoolisme (U. S. A.)
- J. MASSELMANN : The biodynamie of experimental neurose and alcoholism
(Chicago- U. S. A.)
- O. ODEGARD : Etiologie de l'alcoolisme
(Colloque européen sur l'alcoolisme, Octobre -Novembre 1951
Copenhague)
- FULLAR STRECKER :
Récents progrès dans la connaissance et le traitement de
l'Alcoolisme - (Londres)
- V. RAYMOND : Le rôle de la Médecine du Travail dans le Bâtiment et les T. P.
(Le Médecin d'Usine)
Médecine du Travail et alcoolisme chronique
- A. SIVADON : Le problème des travailleurs inadaptés
(Congrès de Médecine du Travail - Octobre 1953 - A.P.A.S. PARIS)



P. SIVADON : Mécanisme et prodrome de la toxicomanie alcoolique

J. de VERBIZIER :

La crise de réadaptation sociale à l'occasion de la reprise
du travail (Thèse de Paris)

E. ZOLA : L'Assommoir

Diverses Revues :

Colloque européen sur l'alcoolisme (Danemark)

Revue du Praticien

Semaine des Hôpitaux

Vu, le Doyen

L. BINET :

Vu, le Président de Thèse

H. DESOILLE :

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

J. SARRAILH :

